



## Empirical Articles

## Crenças Erróneas e Perceção da Doença em Pacientes Cardíacos e Seus Cônjuges: Um Estudo Piloto

## Misconceptions and Illness Perceptions in Cardiac Patients and Their Spouses: A Pilot Study

Maria João Figueiras<sup>\*ab</sup>, Rita Monteiro<sup>a</sup>, Raúl Caeiro<sup>a</sup>

[a] Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto Piaget, Almada, Portugal. [b] Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

## Resumo

**Objetivo:** O presente estudo de carácter exploratório procurou caracterizar e comparar as percepções de doença e as crenças erróneas sobre a doença cardíaca em pacientes portugueses e nos seus cônjuges. **Método:** A amostra foi composta por 46 pacientes com doença cardíaca e 32 cônjuges. Foi utilizada uma metodologia combinada (qualitativa e quantitativa), com recurso a instrumentos de autorrelato e, no caso das percepções de doença dos pacientes, também a desenhos do coração. **Resultados:** Verificou-se que as percepções de doença do paciente diferem consoante o sexo, a idade e a situação profissional e estão relacionadas com traços de personalidade. Os cônjuges dos pacientes parecem reportar níveis mais elevados de preocupação com a doença. A análise dos desenhos efetuados pelos pacientes sugere ainda que a altura e a área dos mesmos podem estar associadas com dimensões específicas das percepções de doença. **Conclusão:** Em termos gerais consideramos que o presente estudo contribui de forma modesta mas significativa para descrever o tipo de crenças erróneas sobre as doenças de coração dos pacientes e cônjuges, assim como para analisar de que forma a percepção da doença influencia outras crenças relacionadas com diferentes aspetos da fase de ajustamento e gestão da doença.

**Palavras-chave:** doença cardíaca, crenças erróneas, percepção da doença, pacientes, cônjuges

## Abstract

**Aim:** The aims of the present study were concerned with the characterization of illness perceptions of heart disease and cardiac misconceptions in patients and their partners. We also examined the associations between illness perceptions and cardiac misconceptions with sociodemographic information and mood. **Method:** The participants were 46 cardiac patients, 32 with a participating partner; all completed an anonymous self-administered questionnaire. A combined methodology (qualitative and quantitative) was used. The variables were assessed by using several self-report instruments and, in the case of patients' illness perceptions, also by collecting drawings of the heart. **Results:** The results indicated that illness perceptions differed according to sex, age and professional status of the patients and that these perceptions were related to personality traits. The partners reported higher levels of concern towards illness than patients. The analysis of the patients' drawings of the heart suggests that area and height are associated with specific illness perceptions. **Conclusion:** Overall, the present study provides a modest but significant contribution to describe illness perceptions and cardiac misconceptions of patients and their partners and their association with recovery outcomes.

**Keywords:** heart disease, cardiac misconceptions, illness perceptions, patients, partners

Psychology, Community & Health, 2012, Vol. 1(3), 232–245, doi:10.5964/pch.v1i3.24

Received: 2012-07-10. Accepted: 2012-09-13. Published: 2012-11-30.

\*Corresponding author at: ISEIT – Instituto Piaget Campus Universitário de Almada, Quinta da Arreínela de Cima 2800-305 Almada, email: [figueirasmar@gmail.com](mailto:figueirasmar@gmail.com)



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License

(<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Introdução

Segundo estimativas da [Organização Mundial de Saúde \(OMS, 2009\)](#), no ano de 2030, quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (DCV). Considera-se que a causalidade das DCVs é multifatorial, com a contribuição de diversos fatores – genéticos, fisiológicos, comportamentais e do meio – considerados como fatores de risco coronário. Alguns destes fatores são considerados fixos ou imutáveis, como é o caso do aumento da idade, do sexo masculino e de fatores genéticos como a história familiar de DCV ([Furze, Lewin, Roebuck, & Thompson, 2001](#); [Wadowski, Karp, Murray-Bachmann, & Senft, 1994](#)). Contudo, existem outros fatores de risco coronário que podem ser alterados: os hábitos tabágicos, as más práticas de regime alimentar, o colesterol elevado, a hipertensão arterial (HTA), a diabetes, a obesidade e a distribuição de gordura, e o sedentarismo. Estes fatores influenciam significativamente a probabilidade de um indivíduo desenvolver doenças cardiovasculares ([Rodrigues, Guerra, & Maciel, 2010](#)) e estão direta ou indiretamente relacionados com o estilo de vida e com crenças específicas sobre as doenças, tendo demonstrado uma forte influência sobre a adoção de mudanças comportamentais.

O Modelo de Senso Comum de Autorregulação da Doença ([Leventhal, Brisserre, & Leventhal, 2003](#); MSC) fornece a fundamentação e o contexto adequados para avaliar a percepção da doença de acordo com as crenças individuais e analisa a sua relação com os resultados de saúde. Segundo o modelo, as representações da doença são influenciadas por fatores que não são explicados pelo modelo biomédico e podem incluir influências do ambiente social, que podem afetar as estratégias desenvolvidas para lidar com a doença. No entanto, o sistema de autorregulação não é estático, particularmente na doença crónica, pois a percepção de gravidade da doença evolui no tempo. Representação emocional, coping e processos de avaliação podem ser atualizados, à medida que são recebidas novas informações dos meios de comunicação, práticas de saúde dos próprios e dos pares ([Furze, Roebuck, Bull, Lewin, & Thompson, 2002](#)).

Existem evidências de que as percepções de doença, avaliadas no contexto do MSC, têm um impacto significativo sobre o ajustamento e a recuperação após um enfarte agudo do miocárdio (EAM). Neste contexto, a literatura tem mostrado que percepções de doença mais positivas estão associadas com a adesão a programas de reabilitação cardíaca ([Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996](#)); com a brevidade de regresso ao trabalho e com a existência de dificuldades do foro sexual ([French, Cooper, & Weinman, 2006](#); [Petrie et al., 1996](#)); com a qualidade de vida seis meses depois do enfarte ([French, Lewin, Watson, & Thompson, 2005](#)); com a autoavaliação de saúde ([Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996](#)); e ainda com a probabilidade de complicações pós-enfarte ([Cherrington, Moser, Lennie, & Kennedy, 2004](#)).

Considerando que o MSC enfatiza a importância de fatores relacionados com o contexto social no desenvolvimento das crenças e das percepções de doença, há que ter em conta, particularmente no caso das doenças crónicas, que a gestão da doença é feita essencialmente no contexto familiar e inclui inevitavelmente os membros do seu núcleo, nomeadamente o cônjuge ([Figueiras & Weinman, 2003](#)). Tem sido referido na literatura que atitudes positivas dos cônjuges face à doença diminuem o tempo de recuperação e que, pelo contrário, atitudes negativas prolongam a doença e impedem uma rápida recuperação ([Figueiras & Weinman, 2003](#); [Karademas, Zarogiannos, & Karamvakalis, 2010](#)). Crenças por parte do cuidador sobre a impossibilidade de o doente controlar a doença podem levar a um excessivo grau de assistência, que nem sempre é percebido pelo doente como uma ajuda positiva, promovendo uma redução do ajustamento físico e psicológico à doença ([Martire & Schulz, 2001](#)). As crenças dos cônjuges ou cuidadores podem ter um efeito negativo no doente se implicarem crítica ou culpabilização

no que se refere a fatores controláveis, como por exemplo os comportamentos relacionados com o estilo de vida. De acordo com Weinman e colaboradores (Weinman, Petrie, Sharpe, & Walker, 2000), as atribuições causais de esposas de doentes que tinham sofrido um EAM estavam relacionadas com alterações significativas do estilo de vida dos seus cônjuges após o enfarte. Segundo os mesmos autores, este aspeto pode ser muito positivo no caso da doença cardíaca, dado que a maioria dos doentes são homens e, no caso das alterações do regime alimentar, o envolvimento da esposa pode ser crucial para a mudança do comportamento do doente.

Uma abordagem posterior desta problemática incidiu sobre a forma como a congruência, ou seja, o grau de semelhança entre as percepções da doença dos membros do casal, pode influenciar a recuperação (Figueiras & Weinman, 2003). Os resultados indicaram que os casais que tinham percepções semelhantes positivas reportavam um melhor funcionamento físico e psicológico, um melhor funcionamento sexual e um menor impacto do EAM nas atividades sociais e recreativas. Percepções semelhantes positivas da duração da doença estiveram também associadas a menores níveis de incapacidade e percepções semelhantes positivas de cura/controlo associaram-se à realização de mudanças alimentares mais adequadas. Pelo contrário, as percepções partilhadas negativas estavam associadas a piores resultados na recuperação do doente. Já as percepções discrepantes sobre o EAM estavam associadas a resultados menos negativos, parecendo assim ser relevante que pelo menos um dos membros do casal tenha uma percepção positiva, no sentido de poder influenciar a recuperação no mesmo sentido dos casais com percepções positivas (Figueiras & Weinman, 2003).

Num estudo mais recente, Karademas e colaboradores (Karademas, Zarogiannos, & Karamvakalis, 2010) verificaram que os cônjuges relataram percepções mais negativas sobre a cronicidade da doença e sobre o seu impacto emocional, e percepções mais positivas de controlo pessoal. Os resultados deste estudo revelaram ainda uma tendência para percepções positivas similares entre o paciente e o cônjuge se associarem com estratégias de coping mais adaptativas.

Outra abordagem focou-se na identificação de crenças específicas sobre as doenças cardíacas que são transmitidas e partilhadas no contexto cultural. Os pacientes sustentam crenças específicas sobre os fatores que causaram a doença e sobre como devem modificar os seus comportamentos para lidar com a mesma (Furze, 2007). Infelizmente, algumas dessas crenças são equívocos ou crenças errôneas, desadequadas, que podem ter um efeito negativo na sua qualidade de vida. Estas crenças são conhecidas na literatura como *illness misconceptions*. Passando muitas vezes despercebidas aos profissionais de saúde, podem resultar em comportamentos que afetam negativamente a saúde global e cardíaca dos indivíduos (Furze, Bull, Lewin, & Thompson, 2003; Furze, 2007).

Na área da reabilitação cardíaca, as crenças errôneas têm vindo a tornar-se numa das principais abordagens, procurando-se através de um contacto contínuo entre profissionais de saúde e pacientes desmistificar essas crenças, de forma a que a recuperação seja mais positiva e rápida (Furze, Lewin, Murberg, Bull, & Thompson, 2005; Lin, Furze, Spilsbury, & Lewin, 2008).

O efeito que as crenças errôneas sobre a doença cardíaca podem ter na qualidade de vida de um paciente foi relatado pela primeira vez por Wynn (1967), que realizou um estudo sobre as razões pelas quais as pessoas não regressavam ao trabalho após um ataque cardíaco. Anos mais tarde, Mæland e Havik (1987a) indicaram que os pacientes com maior número de equívocos sobre o seu EAM apresentavam níveis mais baixos de percepção de saúde global (Mæland & Havik, 1988), menor probabilidade de regresso ao trabalho (Mæland & Havik, 1987b),

expetativas reduzidas sobre a sua autonomia pós-EAM (Havik & Mæland, 1987) e maior probabilidade de re-hospitalizações motivadas por dores no peito que revelaram ser falsos alarmes (Mæland & Havik, 1989).

As crenças erróneas têm também sido estudadas em pacientes com angina de peito. Num estudo exploratório de levantamento das crenças erróneas e estratégias de coping não adaptativas destes pacientes, Furze et al. (2001) identificaram o stress como a atribuição causal mais frequente e o evitamento de atividades como a estratégia não adaptativa mais referida pelos participantes. Os resultados deste estudo deram lugar ao desenvolvimento de um questionário onde são listadas as crenças potencialmente desadequadas sobre a angina – o *York Angina Beliefs Questionnaire* (Furze et al., 2003). A sua aplicação revelou que indivíduos com mais equívocos sobre a sua angina eram mais propensos a ficar ansiosos, deprimidos e/ou fisicamente limitados. Dois dos equívocos mais comuns foram: “Cada episódio de angina causa danos ao coração” e “A angina de peito é um mini ataque cardíaco”. A preocupação com a saúde gerada por estas crenças levava ao desenvolvimento de estratégias destinadas a evitar novos episódios de angina, como uma redução drástica do nível de atividade física. Num estudo longitudinal posterior (Furze et al., 2005) verificou-se que a mudança nas crenças erróneas foi o melhor preditor de mudança no funcionamento ao nível físico, em contraste com a mudança na gravidade dos sintomas que não se revelou um preditor significativo. Os pacientes com mais crenças erróneas acerca da sua angina, inclusivamente aqueles que não têm muitos sintomas graves, parecem ter maior propensão para o evitamento da atividade física (Furze, 2007).

Uma outra abordagem sobre a perceção da doença incidiu na análise dos desenhos do coração elaborados pelos pacientes. Nas doenças em que o paciente pode percecionar a sua doença graficamente, esta metodologia oferece um ponto de partida simples para avaliar e intervir sobre crenças erróneas sobre a doença (Petrie, Jago, & Devcich, 2007). Por exemplo, um primeiro estudo dos desenhos do coração realizados por pacientes após um EAM revelou que a brevidade de regresso ao trabalho foi mais bem predita pela quantidade de dano representada nos desenhos do que por indicadores médicos (Broadbent, Petrie, Ellis, Ying, & Gamble, 2004), e que esta presença esteve também associada a perceções mais negativas da doença e da recuperação. Um estudo de follow-up revelou que os desenhos dos corações dos pacientes três meses após o ataque cardíaco revelaram um aumento no tamanho do coração, o qual constituiu um indicador de uma recuperação mais pobre, em termos de aumento da ansiedade associada com o coração, das queixas de saúde e de uma maior utilização dos cuidados de saúde (Broadbent, Ellis, Gamble, & Petrie, 2006).

Num outro estudo com pacientes com insuficiência cardíaca (Reynolds, Broadbent, Ellis, Gamble, & Petrie, 2007), os pacientes desenharam o seu coração significativamente maior em altura quando o representaram com insuficiência cardíaca do que antes da insuficiência. A área e a altura dos desenhos foram também maiores nos pacientes com maiores níveis de ansiedade relacionada com a doença. Para além disto, em comparação com aqueles que não representaram danos, os pacientes que desenharam corações com danos tinham níveis significativamente mais elevados de depressão e mais crenças negativas sobre a sua doença.

A literatura referida justifica a pertinência de procurar aprofundar estas temáticas, em particular no contexto português, onde ainda estão pouco estudadas. Neste sentido, o presente estudo visa dar um contributo recorrendo a uma metodologia mista numa abordagem quantitativa e qualitativa das perceções e crenças acerca da doença cardíaca em pacientes e cônjuges, tendo como objetivos: (1) caraterizar e comparar, em pacientes cardíacos e nos seus cônjuges, as crenças erróneas sobre as doenças cardíacas e a perceção e impacto da doença; (2) analisar eventuais diferenças significativas nas perceções e impacto da doença em função das caraterísticas

sociodemográficas e do tipo de casal (paciente masculino vs. paciente feminino); e (3) analisar a relação entre as percepções e impacto da doença, os traços de personalidade e os desenhos efetuados pelos pacientes.

## Método

### Participantes

Os critérios de inclusão estabelecidos para os pacientes foram: indivíduos de ambos os sexos, com patologia cardíaca e sem doença psiquiátrica. A amostra foi recolhida numa clínica de Cardiologia na zona metropolitana de Lisboa.

### Material

Neste estudo foram utilizadas as medidas abaixo descritas.

**Percepção e Impacto da Doença** – versão traduzida do *Brief Illness Perception Questionnaire* (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006), composto por oito itens avaliados numa escala de resposta com 11 pontos. Cada um dos itens avalia uma das dimensões da percepção da doença: consequências (possíveis consequências negativas da condição de saúde), duração (crenças sobre o tempo de duração da doença), controlo pessoal (avaliação sobre o grau em que existe controlo pessoal sobre a doença), controlo do tratamento (avaliação sobre a eficácia do tratamento para controlar a doença), identidade (gravidade dos sintomas da doença), compreensão da doença (capacidade do paciente de dar sentido à doença), preocupação e representação emocional (existência de emoções negativas associadas ao problema de saúde).

O impacto da doença foi avaliado com recurso a três itens adicionais sobre a percepção acerca das restrições nas atividades sociais, profissionais e sexuais provocadas pela doença.

**Otimismo Disposicional** – versão Portuguesa do *Revised Life Orientation Test* (LOT-R), uma escala de autopreenchimento que se destina à população em geral e que permite a avaliação do otimismo disposicional como traço de personalidade (Laranjeira, 2008). Esta medida é composta por 10 itens com uma escala de resposta de cinco pontos (tipo Likert) variando de (1) “*discordo totalmente*” a (5) “*concordo totalmente*”. O valor total corresponde à soma dos itens. Quanto mais alto o valor, maior o nível de otimismo. Os coeficientes de consistência interna medidos através do alfa de Cronbach foram de 0,73 para os cônjuges e 0,68 para os pacientes.

**Questionário de Crenças Erróneas sobre Doenças Cardiovasculares** – versão traduzida e adaptada com permissão dos autores do *York Cardiac Beliefs Questionnaire* (YCBQ; Versão Experimental), cujos itens descrevem ideias erróneas acerca das doenças cardíacas (Furze et al., 2003). Esta escala é composta por 22 itens, com uma escala de resposta de cinco pontos (tipo Likert) variando de (0) “*discorda completamente*” a (4) “*concorda completamente*”. Os 22 itens que compõem a escala podem ser divididos em três secções e estas podem ser trabalhadas separadamente, consoante o objetivo. A primeira secção corresponde aos primeiros 12 itens, que devem ser utilizados sempre e descrevem equívocos sobre a doença cardíaca em geral. A segunda secção corresponde aos itens 13 a 17, que se referem especificamente ao ataque cardíaco. A terceira secção corresponde aos itens 18 a 22 e refere-se à angina de peito. Esta escala pode ser dividida em duas versões, uma para uso na prática clínica (YCBQ-*clinprac*) e outra para uso em investigação (YCBQ-*res*). Neste estudo foi utilizada a versão para investigação, com as três secções (22 itens). Este instrumento engloba quatro itens que devem ser cotados de forma invertida (6, 7, 15 e 20).

**Afetividade Negativa (AN)** – subescala da versão traduzida da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) composta por 10 palavras que descrevem estados afetivos negativos, devendo os participantes classificar em que medida têm sentido cada um deles nos últimos tempos. A avaliação é feita numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando de (1) “*Nada ou quase nada*” a (5) “*Extremamente*”. A pontuação total varia entre 10 e 50. A valores mais altos corresponde um maior grau de afetividade negativa. O coeficiente de consistência interna foi de 0,87 para os cônjuges e 0,78 para os pacientes.

**Informação sociodemográfica** – foi recolhida informação relativa a idade, sexo, escolaridade e situação profissional atual dos participantes.

**Desenhos** – foram distribuídas aos pacientes três folhas de papel, com as seguintes instruções: na primeira folha, “Gostaríamos que fizesse um desenho do seu coração, antes de estar doente, ou seja, como acha que era o seu coração antes do aparecimento da doença” (desenho 1); na segunda folha, “Gostaríamos que fizesse um desenho do seu coração, neste momento” (desenho 2); na terceira folha, “Por fim, gostaríamos que fizesse um desenho do seu coração, no futuro” (desenho 3).

Para avaliar os desenhos foi utilizado o software ImageJ. Foi calculada a área ocupada pelo desenho e a altura entre o ponto mais baixo e o ponto mais alto do desenho. Foi também analisada a presença/ausência de danos no coração. Esta abordagem foi baseada em estudos anteriores que consideraram que estes parâmetros dos desenhos podem ser uma forma de aceder a crenças específicas dos pacientes sobre a sua doença (Broadbent et al. 2004; Reynolds et al., 2007).

## Procedimento

Após terem dado o seu consentimento informado, pacientes e cônjuges completaram um inquérito anónimo de autopreenchimento, com as medidas acima descritas.

## Análise Estatística

A análise de dados foi efetuada através da versão 19.0 do software estatístico SPSS © - *Statistical Package for Social Sciences* para o Windows ©. Foram realizadas análises descritivas e averiguada a normalidade das distribuições. Quando aplicável, foram analisados os coeficientes de consistência interna das medidas. Nos casos em que não se verificaram os pressupostos da normalidade foram utilizados testes não paramétricos para a comparação entre grupos e para a associação entre variáveis.

## Resultados

Participaram neste estudo 46 pacientes cardíacos de ambos os sexos e 32 cônjuges, num total de 78 participantes. Os pacientes tinham uma média de idades de 63,0 anos (DP = 13,1) e os seus cônjuges de 59,2 anos (DP = 11,9). Relativamente ao número de anos passados na escola, os pacientes apresentam um valor médio de 9,17 (DP = 4,6) e os cônjuges de 9,19 (DP = 5,3), variando ambos os grupos entre 1 e 20 anos.

Nas tabelas 1 e 2 apresentam-se as médias organizadas por ordem decrescente para cada grupo de itens que compõem o YCBQ (relativos às doenças cardíacas em geral, ao EAM e à AP).

Foram comparadas as médias das respostas dos pacientes e dos cônjuges em cada item do YCBQ, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas. A única diferença significativa encontrada foi relativa ao item 5,



Tabela 1

*Crenças Errôneas dos Pacientes*

	Item	M	DP
<b>Crenças gerais sobre doença cardíaca (0-4)</b>	12. As pessoas que sofrem do coração devem sempre evitar o stress.	3,34	,479
	09. As pessoas que têm doenças do coração devem levar a vida com calma.	3,22	,554
	01. As pessoas que sofrem do coração nunca devem ficar excitadas ou aborrecidas.	3,20	,619
	04. Uma das principais causas das doenças de coração é o stress.	3,18	,650
	05. Para as pessoas que sofrem do coração é perigoso ter discussões.	3,16	,601
	10. Qualquer tipo de excitação pode ser má se a pessoa sofre de doenças do coração.	2,91	,733
	02. As pessoas desenvolvem problemas de coração por causa das preocupações que têm.	2,80	1,014
	11. O seu coração é como uma bateria, quanto mais rápido andar, mais depressa se gasta.	2,79	,914
	08. Os problemas do coração são um sinal de que desgastou o seu coração.	2,76	,906
	03. O descanso é o melhor remédio para as doenças de coração.	2,50	1,000
	06. Fazer exercício pode fortalecer o músculo cardíaco (item invertido).	,93	,789
	07. As doenças de coração são causadas pelo estilo de vida da pessoa (item invertido).	,91	,858
<b>Crenças sobre EAM (0-4)</b>	14. As pessoas que sofreram um ataque cardíaco devem ser protegidas do stress.	3,20	,588
	16. Um ataque cardíaco cria uma área muito frágil na parede do coração que pode facilmente romper.	3,12	,485
	17. Uma vez que teve um ataque cardíaco tem possibilidades de ter outro.	2,79	,664
	15. Depois de um ataque cardíaco a vida por vezes pode ser melhor do que era antes (item invertido).	2,16	1,128
<b>Crenças sobre AP (0-4)</b>	13. Para as pessoas que tiveram um ataque cardíaco é perigoso fazer exercício.	2,10	1,081
	19. Qualquer tipo de excitação é má para as pessoas com angina de peito.	2,90	,490
	22. As pessoas que sofrem de angina de peito devem evitar ser muito ativas.	2,77	,777
	21. Cada episódio de angina de peito causa danos permanentes no coração.	2,75	,707
	18. A angina de peito é uma espécie de pequeno ataque de coração.	2,58	,919
	20. As pessoas que sofrem de angina de peito devem viver a vida ao máximo.	2,13	,978

Note. N = 46. AP – Angina de Peito; EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio.

“Para as pessoas que sofrem do coração é perigoso ter discussões”, sendo esta crença mais forte nos cônjuges do que nos pacientes ( $Z = -2,236$ ;  $p = 0,025$ ).

No que diz respeito às percepções de doença e de impacto da doença, encontram-se representados na [Figura 1](#) os valores médios obtidos para os pacientes e para os seus cônjuges.

Foram comparadas as médias destas variáveis entre os pacientes e os cônjuges, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, tendo sido obtidos resultados significativos para a dimensão Preocupação que indicam que os cônjuges reportam níveis mais elevados de preocupação com a doença do que os pacientes ( $Z = -2,076$ ;  $p = 0,038$ ).

Foram encontradas algumas diferenças significativas em função da idade, do sexo, da situação profissional e do tipo de doença, mas não em função do nível de escolaridade e dos hábitos de saúde. Para as comparações relativas à idade foram previamente definidos três grupos etários, com base na distribuição das frequências de idades: dos 35 aos 58 anos; dos 60 aos 69 anos; e dos 70 aos 78 anos. Foi encontrada, através do teste de Kruskal-Wallis, uma diferença significativa entre estes grupos etários para a percepção do impacto profissional da doença ( $\chi^2(2) = 9,531$ ;  $p = 0,006$ ). O grupo etário dos 35 aos 58 anos perceciona níveis mais elevados de impacto profissional da doença do que o grupo dos 70-88 anos.

Tabela 2

*Crenças Errôneas dos Cônjuges*

	Item	M	DP
<b>Crenças gerais sobre doença cardíaca (0-4)</b>	12. As pessoas que sofrem do coração devem sempre evitar o stress.	3,53	,567
	09. As pessoas que têm doenças do coração devem levar a vida com calma.	3,44	,504
	05. Para as pessoas que sofrem do coração é perigoso ter discussões.	3,44	,619
	04. Uma das principais causas das doenças de coração é o stress.	3,31	,821
	10. Qualquer tipo de excitação pode ser má se a pessoa sofre de doenças do coração.	3,19	,859
	02. As pessoas desenvolvem problemas de coração por causa das preocupações que têm.	3,00	,880
	01. As pessoas que sofrem do coração nunca devem ficar excitadas ou aborrecidas.	2,97	,897
	08. Os problemas do coração são um sinal de que desgastou o seu coração.	2,75	,803
	03. O descanso é o melhor remédio para as doenças de coração.	2,53	1,164
	11. O seu coração é como uma bateria, quanto mais rápido andar, mais depressa se gasta.	2,47	,950
	07. As doenças de coração são causadas pelo estilo de vida da pessoa (item invertido).	,88	,707
	06. Fazer exercício pode fortalecer o músculo cardíaco (item invertido).	,84	,638
<b>Crenças sobre EAM (0-4)</b>	14. As pessoas que sofreram um ataque cardíaco devem ser protegidas do stress.	3,44	,564
	16. Um ataque cardíaco cria uma área muito frágil na parede do coração que pode facilmente romper.	3,03	,823
	17. Uma vez que teve um ataque cardíaco tem possibilidades de ter outro.	2,87	,718
	13. Para as pessoas que tiveram um ataque cardíaco é perigoso fazer exercício.	2,31	1,105
	15. Depois de um ataque cardíaco a vida por vezes pode ser melhor do que era antes (item invertido).	2,12	1,107
<b>Crenças sobre AP (0-4)</b>	21. Cada episódio de angina de peito causa danos permanentes no coração.	2,89	,629
	19. Qualquer tipo de excitação é má para as pessoas com angina de peito	2,87	,619
	18. A angina de peito é uma espécie de pequeno ataque de coração.	2,83	,592
	22. As pessoas que sofrem de angina de peito devem evitar ser muito ativas	2,77	,863
	20. As pessoas que sofrem de angina de peito devem viver a vida ao máximo (item invertido).	1,92	,909

Note. N = 32. AP – Angina de Peito; EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio.

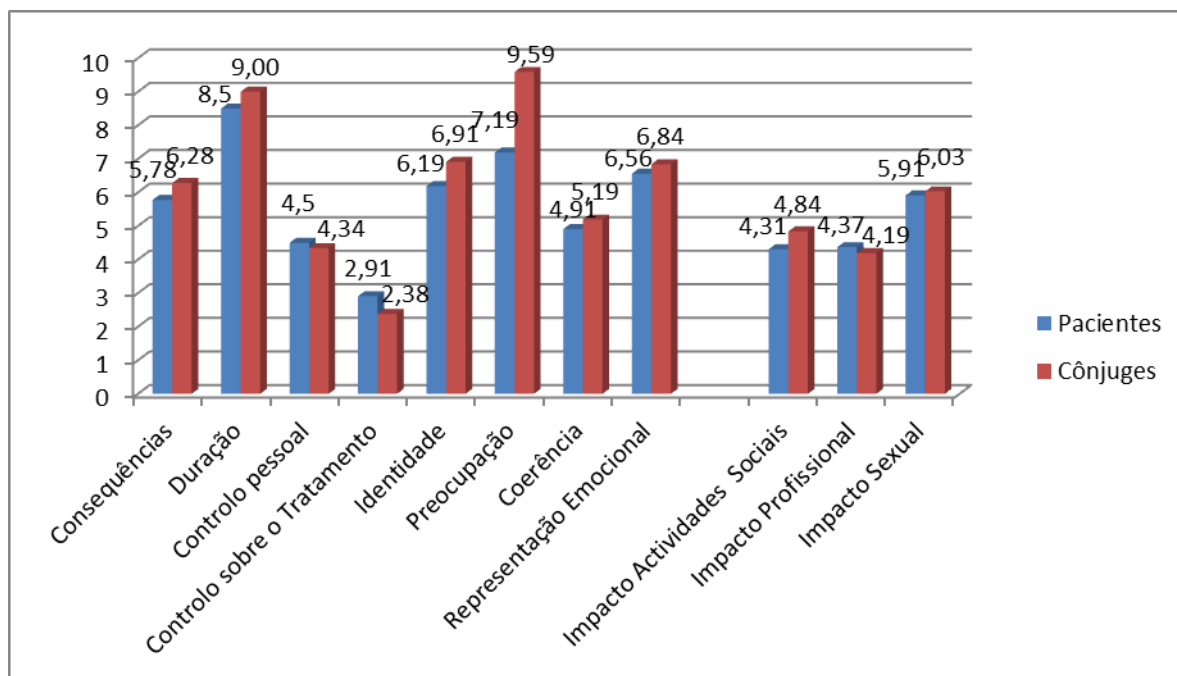


Figura 1. Percepções e impacto da doença nos pacientes e nos cônjuges (valores médios) (n = 32).



Relativamente às diferenças em função do sexo do paciente, um teste de Mann-Whitney indicou uma diferença significativa entre homens e mulheres no que diz respeito à percepção do impacto da doença a nível sexual, indicando que para os pacientes do sexo masculino a percepção de impacto sexual é mais elevada do que para os pacientes do sexo feminino ( $Z = -2,418$ ;  $p = 0,016$ ). Para a situação profissional verificou-se que os pacientes profissionalmente ativos reportaram níveis significativamente mais elevados de impacto profissional da doença ( $Z = -2,500$ ;  $p = 0,012$ ) do que os pacientes aposentados. No que se refere à comparação destas variáveis consoante o tipo de casal (paciente masculino vs. paciente feminino) foi efetuada uma análise comparativa das percepções de doença e de impacto da doença, em função do sexo do paciente. Não foram encontradas diferenças significativas.

As relações entre as percepções e impacto da doença, os traços de personalidade e as características dos desenhos (ver exemplos no [Figura A1](#)) foram analisadas através de correlações ([Tabela 3](#)). Verificou-se uma associação positiva entre a altura e a área dos desenhos nos três momentos, e a percepção do impacto profissional da doença. Os doentes com uma percepção mais negativa do impacto profissional tendem a desenhar corações maiores em altura e em área. Os traços de personalidade parecem independentes do tipo de desenho, mas relacionam-se de forma significativa com algumas das dimensões da percepção da doença e do impacto profissional. Percepções mais negativas sobre a cronicidade da doença e a sintomatologia estão associadas a menor otimismo. A níveis mais altos de afeto negativo associam-se representações emocionais mais negativas, níveis mais altos de preocupação, e percepções mais negativas da cronicidade e do impacto profissional da doença.

Tabela 3

*Correlações Significativas Entre as Percepções de Doença, Impacto Profissional, Traços de Personalidade e Características dos Desenhos (Correlações de Spearman)*

	Duração	Identidade	Preocupação	Representação Emocional	Impacto Profissional
Otimismo	-,480**	-,777**	N.S.	N.S.	N.S.
Afeto Negativo	,378**	N.S.	,373**	,423**	,297**
Altura 1	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	,506**
Altura 2	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	,453**
Altura 3	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	,499**
Área 1	N.S.	N.S.	,302*	N.S.	,431**
Área 2	N.S.	N.S.	,307*	N.S.	,422**
Área 3	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	,475**

*Note.* N = 46. N.S. = Não Significativo. 1 Desenho do coração antes do aparecimento da doença. 2 Desenho do coração no momento atual. 3 Desenho do coração no futuro.

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

## Discussão

O presente estudo procurou fazer uma abordagem exploratória de uma metodologia mista sobre crenças errôneas e percepções da doença cardíaca.

No que se refere às crenças errôneas em geral, verificou-se que as crenças mais fortes se relacionam com a atribuição causal ao stress e com o evitamento do stress e discussões. Este resultado vai ao encontro de estudos anteriores que revelaram o mesmo tipo de padrão de resultados ([Furze et al., 2001](#)), reforçando assim a prevalência

das crenças de “invalidismo” e a grande relevância causal atribuída ao stress nesta amostra de pacientes e cônjuges portugueses. Ao mesmo tempo, as crenças erróneas mais fracas relacionam-se com o estilo de vida e o exercício, sugerindo que os pacientes estão devidamente informados sobre os efeitos benéficos do exercício físico e a importância de um estilo de vida saudável. Em relação às crenças erróneas relacionadas com o EAM, verifica-se também uma forte crença nos fatores causais relacionados com o stress, assim como com o desgaste e o exercício físico. Este resultado sugere a necessidade de avaliar a percepção de vulnerabilidade do indivíduo aos fatores geradores de stress, que podem estar na base de atribuições externas para a ocorrência de doença. No caso da AP, o nível de crenças erróneas é mais alto em relação a fatores de excitação e atividade. Estes resultados vão mais uma vez no mesmo sentido de estudos anteriores (Arefjord, Hallaråker, Havik, & Mæland, 2002; Furze et al., 2001; Furze et al., 2003) e salientam a necessidade de desmistificar algumas crenças relacionadas com o stress e com a atividade física, no sentido de promover níveis mais adequados de qualidade de vida para os pacientes. O facto de se verificar uma maior tendência por parte dos cônjuges para acreditar que é perigoso ter discussões pode ser um ponto importante para incluir em planos de intervenção psicológica que incluem os cônjuges no sentido de promover a autonomia dos pacientes e evitar a superproteção por parte dos cônjuges (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Petrie, 2009).

Quanto à percepção da doença, verificou-se, tanto para os pacientes como para os cônjuges, um padrão de crenças semelhante a estudos anteriormente descritos na literatura (Figueiras & Weinman, 2003). Assim, as doenças cardíacas são consideradas como tendo consequências moderadamente graves, duração crónica, com crenças mais fortes na eficácia do tratamento como forma de controlar a doença do que no controlo pessoal, com um nível significativo de sintomas, uma compreensão moderada, uma representação emocional moderadamente negativa e um nível de preocupação alto. Tratando-se de uma abordagem exploratória, com este tipo de medida em pacientes e cônjuges, verificámos que o padrão de comparação de resultados não apresenta todas as diferenças significativas encontradas em estudos anteriores, apesar de se ter verificado uma tendência para que os cônjuges apresentem percepções mais negativas do que os pacientes, nomeadamente na dimensão Preocupação, que atingiu diferenças significativas. Este resultado é parcialmente corroborado por um estudo anterior (Karademas, Zarogiannos, & Karamvakalis, 2010), que refere também um padrão de percepção mais negativa dos cônjuges sobre a gravidade da doença e uma visão mais otimista sobre a percepção de controlo. Estudos futuros deverão aprofundar esta questão, no sentido de se poder identificar que tipo de crenças específicas devem ser alvo de intervenção diferenciada em pacientes e cônjuges. No que se refere a eventuais diferenças de acordo com as características sociodemográficas, verificou-se que o grupo etário mais jovem perceciona níveis mais elevados de impacto profissional da doença do que o grupo dos 70-88 anos, o que é consistente com o facto de ser uma faixa etária mais ativa profissionalmente. Em relação ao impacto da doença em termos sexuais, verificou-se uma diferença significativa entre pacientes homens e mulheres que é convergente com estudos anteriores (Træen, 2007; Træen & Olsen, 2007) e reforça a necessidade de identificar aspetos específicos que devem ser desmistificados junto dos casais no sentido de restabelecer níveis de atividade sexual satisfatórios e compatíveis com a situação clínica de cada paciente.

A análise das características dos desenhos dos pacientes e da relação destas com a percepção da doença e do seu impacto profissional revelou resultados que são corroborados pela literatura (Broadbent et al., 2004; Broadbent, Ellis, et al., 2006). Estes autores sugerem que os pacientes que fazem desenhos maiores do seu coração têm os seus problemas cardíacos mais presentes em termos cognitivos e emocionais. A área dos desenhos do coração relativa ao momento antes do aparecimento da doença e relativa ao momento atual também se associou positivamente com os níveis de preocupação com a doença, o que também corrobora resultados anteriores

(Broadbent, Petrie, et al., 2006). No que se refere aos traços de personalidade, os resultados são consistentes com estudos anteriores em que se verificaram associações entre a afetividade negativa e o otimismo e as dimensões de percepção da doença (Moss-Morris et al., 2002). Nomeadamente no que se refere à percepção de cronicidade, ao nível de preocupação e à representação emocional, verificou-se um padrão consistente com a literatura em que representações mais negativas se relacionam com resultados mais negativos na fase de recuperação (Juergens, Seekatz, Moosdorf, Petrie, & Rief, 2010).

O presente estudo apresenta várias limitações que importa referir. Os participantes sofrem de várias patologias, o que não permite uma sistematização das análises por tipo de patologia no sentido de identificar padrões de associação característicos das várias doenças. O tempo de diagnóstico é muito variado, o que pode ter influenciado alguns dos resultados em virtude da influência concorrente de fatores de ajustamento, gravidade e grau de autonomia dos pacientes.

Em termos gerais consideramos que o presente estudo contribui de forma modesta mas significativa para descrever o tipo de crenças errôneas sobre as doenças de coração dos pacientes e cônjuges, assim como analisar de que forma a percepção da doença influencia outras crenças relacionadas com diferentes aspetos da fase de ajustamento e gestão da doença. Consideramos que, apesar de se tratar de uma abordagem exploratória, o tipo de medidas utilizadas facilita o levantamento de crenças específicas sobre as doenças cardíacas e a metodologia combinada permite o acesso tanto a representações cognitivas como a representações de imagens mentais da doença, cujo carácter idiossincrático é essencial para desenvolver intervenções individualizadas, no sentido de desmistificar crenças errôneas sobre as doenças de coração, permitindo dessa forma melhores níveis de ajustamento e autonomia dos pacientes.

### Financiamento

Este trabalho é parte de um projeto financiado por Fundos FEDER, através do Programa Operacional Fatores de Competitividade (COMPETE) e por Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia com a Refª PTDC/PSI-PCL/112503/2009.

### Referências

- Arefjord, K., Hallaråker, E., Havik, O. E., & Mæland, J. G. (2002). Illness understanding, causal attributions and emotional reactions in wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 101-114.  
doi:10.1348/147608302169580
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2006). Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 68, 910-913. doi:10.1097/01.psy.0000242121.02571.10
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 17-23.  
doi:10.1016/j.jpsychores.2008.12.001
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Ying, J., & Gamble, G. (2004). A picture of health – Myocardial infarction patients drawings of their hearts and subsequent disability: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 583-587.  
doi:10.1016/j.jpsychores.2004.03.014
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

- Cherrington, C. C., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Kennedy, C. W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: Impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13, 136-145.
- Figueiras, M. J., & Weinman, J. (2003). Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychology & Health*, 18, 201-216. doi:[10.1080/0887044021000057266](https://doi.org/10.1080/0887044021000057266)
- French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 757-767. doi:[10.1016/j.jpsychores.2006.07.029](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.029)
- French, D. P., Lewin, R. J. P., Watson, N., & Thompson, D. R. (2005). Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction? *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 315-322. doi:[10.1016/j.jpsychores.2005.03.010](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.03.010)
- Furze, G. (2007). Cardiac misconceptions – A problem in need of treatment? *Practical Cardiovascular Risk Management*, 5, 13-15.
- Furze, G., Bull, P., Lewin, R. J. P., & Thompson, D. R. (2003). Development of the York Angina Beliefs Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 8, 307-315. doi:[10.1177/13591053030083002](https://doi.org/10.1177/13591053030083002)
- Furze, G., Lewin, R. J. P., Murberg, T., Bull, P., & Thompson, D. R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 323-329. doi:[10.1016/j.jpsychores.2005.06.071](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.071)
- Furze, G., Lewin, R. J. P., Roebuck, A., & Thompson, D. R. (2001). Attributions and misconceptions in angina: An exploratory study. *Journal of Health Psychology*, 6, 501-510. doi:[10.1177/135910530100600504](https://doi.org/10.1177/135910530100600504)
- Furze, G., Roebuck, A., Bull, P., Lewin, R. J. P., & Thompson, D. R. (2002). A comparison of the illness beliefs of people with angina and their peers: A questionnaire study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2, 1-5. doi:[10.1186/1471-2261-2-4](https://doi.org/10.1186/1471-2261-2-4)
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227.
- Havik, O. E., & Mæland, J. G. (1987). Knowledge and expectations: Perceived illness in myocardial infarction patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 281-292. doi:[10.1111/j.1467-9450.1987.tb00765.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1987.tb00765.x)
- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J., & Rief, W. (2010). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 553-560. doi:[10.1016/j.jpsychores.2009.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004)
- Karademas, E. C., Zarogiannos, A., & Karamvakalis, N. (2010). Cardiac patient-spouse dissimilarities in illness perception: Associations with patient self-rated health and coping strategies. *Psychology & Health*, 25, 451-463. doi:[10.1080/08870440802652089](https://doi.org/10.1080/08870440802652089)
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação Portuguesa do Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7, 469-476.
- Leventhal, H., Brisserre, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The Self-Regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge.

- Lin, Y.-P., Furze, G., Spilsbury, K., & Lewin, R. J. P. (2008). Cardiac misconceptions: Comparisons among nurses, nursing students and people with heart disease in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 251-260. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04802.x
- Mæland, J. G., & Havik, O. E. (1987a). Measuring cardiac health knowledge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1, 23-31.
- Mæland, J. G., & Havik, O. E. (1987b). Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 471-481. doi:10.1016/0022-3999(87)90005-5
- Mæland, J. G., & Havik, O. E. (1988). Self-assessment of health before and after a myocardial infarction. *Social Science & Medicine*, 27, 597-605. doi:10.1016/0277-9536(88)90007-X
- Mæland, J. G., & Havik, O. E. (1989). Use of health services after a myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 17, 93-102.
- Martire, L. M., & Schulz, R. (2001). Informal caregiving to older adults: Health effects of providing and receiving care. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 477-493). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16. doi:10.1080/08870440290001494
- Organização Mundial de Saúde (O.M.S.). (2009). *As doenças cardiovasculares (DCV)*. Geneva: World Health Organization.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167. doi:10.1097/YCO.0b013e328014a871
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7040), 1191-1194. doi:10.1136/bmj.312.7040.1191
- Reynolds, L., Broadbent, E., Ellis, C. J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2007). Patients' drawings illustrate psychological and functional status in heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 525-532. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.03.007
- Rodrigues, A., Guerra, M., & Maciel, M. J. (2010). Impacto do stress e hostilidade na doença coronária. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13, 107-135.
- Træen, B. (2007). Sexual dissatisfaction among men and women with congenital and acquired heart disease. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 13-26. doi:10.1080/14681990601059651
- Træen, B., & Olsen, S. (2007). Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 193-208. doi:10.1080/14681990600637648
- Wadowski, S. J., Karp, R. J., Murray-Bachmann, R., & Senft, C. (1994). Family history of coronary artery disease and cholesterol: Screening children in a disadvantaged inner-city population. *Pediatrics*, 93, 109-113.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N., & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273. doi:10.1348/135910700168900

- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-445. doi:10.1080/08870449608400270
- Wynn, A. (1967). Unwarranted emotional distress in men with ischaemic heart disease. *The Medical Journal of Australia*, 2, 847-851.

## Appendix

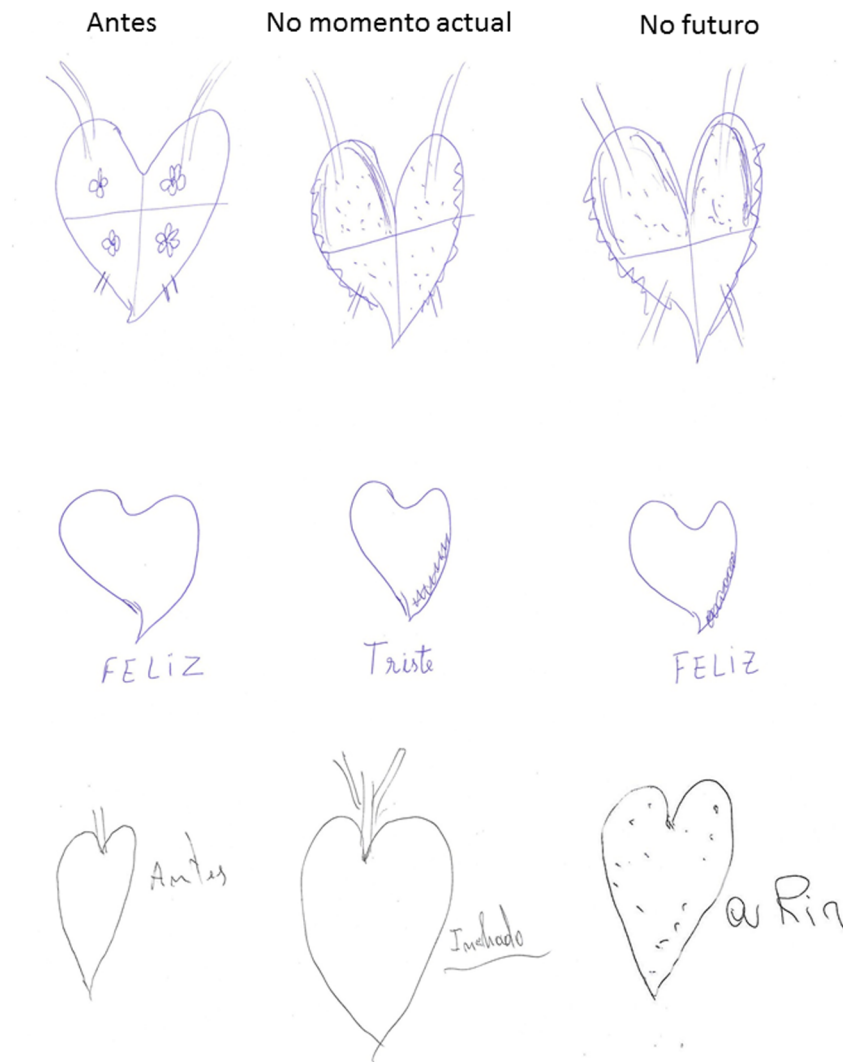


Figura A1. Exemplos de desenhos realizados pelos pacientes.